Catalogue no. 75-006-X
ISSN 2291-0859

Article

Regards sur la société canadienne

Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés

par Martin Turcotte

Date de diffusion : Le 9 septembre 2014

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

• Service de renseignements statistiques	1-800-263-1136
• Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
• Télécopieur	1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

• Service de renseignements	1-800-635-7943
• Télécopieur	1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit nº 75-006-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2014

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/copyright-droit-auteur-fra.htm).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés

par Martin Turcotte

Aperçu de l'étude

Cet article fournit des renseignements sur les Canadiens qui auraient besoin d'aide ou de soins à domicile, mais qui n'en reçoivent pas (besoins non comblés); et ceux qui reçoivent déjà de l'aide ou des soins, mais qui en auraient nécessité davantage (besoins partiellement comblés). L'article examine également les conséquences possibles de ce manque d'aide ou de soins sur le bien-être et la santé mentale.

- En 2012, 2,2 millions de personnes, ou 8 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus, ont reçu de l'aide ou des soins à la maison en raison d'un problème de santé de longue durée, d'une incapacité ou de problèmes liés au vieillissement.
- En 2012, presque un demi-million de Canadiens, soit 461 000 personnes âgées de 15 ans et plus, ont eu besoin d'aide ou de soins au cours des 12 derniers mois pour un problème de santé chronique, mais n'en ont pas reçu. Ces personnes sont celles ayant des besoins « non comblés » en matière d'aide ou de soins à domicile.
- Parmi les 2,2 millions de Canadiens ayant reçu de l'aide ou des soins à domicile en 2012, 15 % d'entre elles, ou 331 000 personnes, n'ont pas obtenu tous les soins nécessaires. Il s'agit de personnes dont les besoins en matière d'aide ou de soins sont « partiellement comblés ».
- Les bénéficiaires de soins à domicile ayant une incapacité physique étaient plus à risque d'avoir des besoins partiellement comblés (18 %) que les bénéficiaires de soins sans incapacité (10 %).
- Les personnes ayant des besoins non comblés ou partiellement comblés rapportaient des niveaux de stress et de sentiments négatifs plus élevés. Par exemple, 62 % des bénéficiaires de soins dont les besoins étaient partiellement comblés éprouvaient un sentiment de solitude, par rapport à 31 % de ceux dont les besoins étaient comblés.

Introduction

La plupart des aînés désirent demeurer à domicile le plus longtemps possible, et ce, même lorsqu'ils souffrent d'un problème de santé à long terme limitant leur autonomie[1]. Il en va de même pour les personnes moins âgées, mais souffrant d'un problème de santé chronique ou d'une incapacité physique ou mentale. Les autorités publiques sont également favorables aux stratégies liées aux « soins à domicile » et au « vieillissement à la maison », car celles-ci sont généralement moins coûteuses[2].

Pour demeurer à domicile de façon sécuritaire et maintenir un niveau de bien-être acceptable, les personnes qui souffrent d'un problème de santé chronique ont parfois besoin d'aide pour vaquer aux diverses activités de la vie quotidienne (p. ex., les soins personnels, les traitements médicaux, le transport, l'entretien de la maison et la gestion des finances). Toutefois, les personnes qui ont besoin d'aide en reçoivent-elles vraiment? Si oui, l'aide reçue de proches ou de professionnels rémunérés est-elle suffisante?

Obtenir une réponse à ces questions est important, car des études ont démontré que les risques d'une dégradation de l'état de santé, qui peut mener à

une institutionnalisation plus rapide, augmentaient sensiblement lorsqu'un ou plusieurs besoins en matière d'aide ou de soins à domicile n'étaient pas comblés[3]. Selon certaines études, les aînés qui bénéficient d'un plus grand soutien de la part des proches aidants et de services professionnels de soins à domicile sont moins à risque d'être institutionnalisés[4]. Ainsi, fournir des soins à domicile aux personnes qui en ont besoin pourrait encourager celles-ci à rester chez eux plus longtemps .

Tout d'abord, le présent article fournit des renseignements sur le nombre et le pourcentage de personnes vivant à domicile qui considèrent qu'elles auraient besoin de soins, mais qui n'en reçoivent pas (besoins non comblés en matière d'aide ou de soins à domicile). Il dresse ensuite le profil des bénéficiaires de soins qui, malgré le fait qu'ils aient obtenu un certain soutien, n'avaient pas reçu toute l'aide qu'ils jugeaient nécessaire (besoins partiellement comblés). La dernière section illustre, à l'aide de divers indicateurs, que les personnes ayant des besoins non comblés ou partiellement comblés étaient davantage à risque d'éprouver du stress, un sentiment de solitude et un bien-être moindre.

Dans cet article, les données sont tirées de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2012 sur les soins donnés et reçus. L'ESG recueille des données sur la situation des Canadiens qui reçoivent de l'aide ou des soins en raison d'un problème de santé de longue durée, d'une incapacité, ou de problèmes liés au vieillissement. La population visée par l'enquête comprend toute personne âgée de 15 ans et plus ne vivant pas en institution, qui réside dans l'une des 10 provinces canadiennes. Il est donc important de noter que les besoins d'aide ou de soins des personnes vivant en institution, par exemple dans des centres de soins ou dans des résidences de personnes âgées, ne sont pas couverts dans la présente étude. Au total, 23 093 répondants ont participé à l'ESG (voir l'encadré *Sources de données, méthodes et définitions*).

En 2012, 461 000 Canadiens qui avaient besoin d'aide ou de soins pour un problème de santé chronique n'en ont pas obtenu

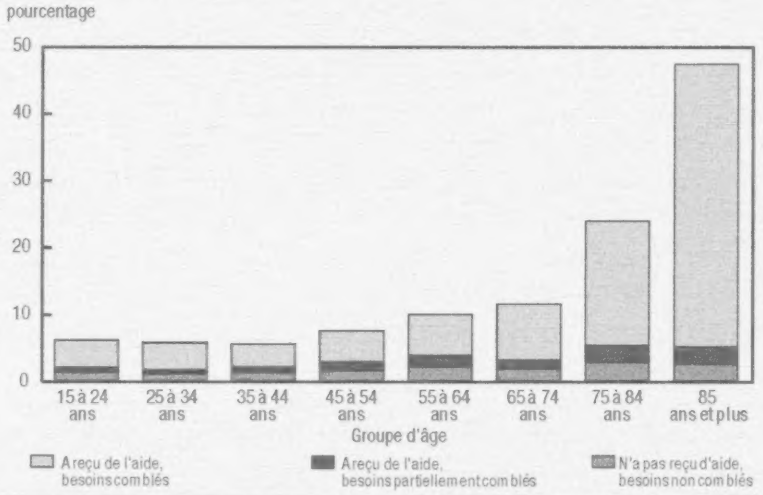
En 2012, 2,2 millions de personnes, ou 8 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus, ont reçu de l'aide ou des soins en raison d'un problème de santé de longue durée, d'une incapacité physique ou mentale ou de problèmes liés au vieillissement. Cette aide ou ces soins pouvaient provenir de membres de la famille, d'amis ou de professionnels[5].

Les aînés, surtout les plus âgés, étaient de loin les plus susceptibles de recevoir de l'aide ou des soins à domicile. En 2012, cela était le cas de 10 % des personnes de 65 à 74 ans, de 21 % de celles de 75 à 84 ans et de 45 % des aînés de 85 ans et plus.

Ces pourcentages sous-estiment potentiellement le nombre de personnes qui ont besoin d'aide ou de soins. Dans un rapport récent, le Conseil canadien de la santé soulignait qu'il n'existait « aucune statistique au Canada pour nous dire combien d'aînés sont laissés pour compte — c'est-à-dire d'aînés qui ne bénéficient pas de soutien à domicile, alors qu'ils en ont probablement besoin »[6]. Des renseignements ont été recueillis à cet égard dans l'ESG de 2012, non seulement pour les aînés, mais aussi pour les plus jeunes.

Ainsi en 2012, environ 461 000 Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré qu'ils n'avaient pas reçu d'aide, malgré le fait qu'ils en auraient eu besoin (au cours des 12 derniers mois et pour un

Graphique 1
Pourcentage de personnes dont les besoins en matière d'aide ou de soins à domicile étaient comblés, partiellement comblés ou non comblés, selon le groupe d'âge, 2012



Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2012.

Tableau 1
Profil des personnes âgées de 15 ans et plus selon que les besoins de soins à domicile étaient comblés ou non, 2012

	Personnes ne recevant pas d'aide ou de soins à domicile et qui n'en avaient pas besoin	Personnes qui avaient des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins	Bénéficiaires de soins à domicile (réf.)
		en milliers	
Total	25 996,3	461,1	2 162,0
		pourcentage	
Total	100	100	100
Hommes	50*	42	43
Femmes	50*	58	57
Groupe d'âge			
15 à 24 ans	16*	13	10
25 à 34 ans	17*	11	10
35 à 44 ans	17*	13	9
45 à 54 ans	19*	19	15
55 à 64 ans	15	21*	16
65 à 74 ans	10*	11	13
75 à 84 ans	4*	9*	15
85 ans et plus	1*	3*	12
Personne vivant seule			
Non	91*	80	80
Oui	9*	20	20
Présence d'au moins un type d'incapacité physique[1]			
Non	80*	41*	30
Oui	20*	59*	70
Type d'incapacité[2]			
Lié à la communication (vision, ouïe, élocution)			
Non	97*	93*	83
Oui	3*	7E*	17
Problème de mobilité			
Non	98*	83*	63
Oui	2*	17*	37
Douleurs et malaises			
Non	83*	48	47
Oui	17*	52	53
Problème de dextérité			
Non	100	98	95
Oui	0	2E*	5
État de santé perçu			
Très bon/excellent	64*	25	22
Bon	29*	34	33
Passable ou mauvais	8*	41	46
Revenu du ménage			
Moins de 20 000 $	4*	18*	12
20 000 $ à 59 999 $	22*	30*	32
60 000 $ et plus	49*	29*	33
Non déclaré	24	22	23
Statut d'immigrant			
Citoyen canadien de naissance	77*	70*	80
Immigrant, réfugié, résident non permanent	23*	30*	20
Est un proche aidant			
Non	72	62*	71
Oui	28	38*	29
Réside dans une région métropolitaine de recensement ou une agglomération de recensement (RMR/AR)			
Oui	83*	86*	80
Non	17*	14*	21

* différence significative par rapport à la catégorie de référence (réf.) à $p < 0,05$
E à utiliser avec prudence
1. Les quatre types d'incapacités physiques examinés sont : la communication, la mobilité, les douleurs et malaises, la dextérité.
2. Les personnes peuvent avoir plusieurs types d'incapacités.
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2012.

problème de santé chronique). Ces personnes représentaient 1,6 % de la population de 15 ans et plus. Cette proportion était légèrement plus élevée chez les 75 ans et plus, soit un peu moins de 3 % pour ces groupes d'âge (graphique 1).

De ces 461 000 personnes n'ayant pas reçu d'aide malgré le besoin, un peu moins de 290 000, ou près de 2 sur 3, avaient pourtant demandé de l'aide, soit à un proche ou à un organisme. Les autres 170 000 regroupaient les personnes qui n'avaient aucun proche pouvant les aider ou leur fournir des soins ainsi que celles qui ne voulaient pas demander de l'aide pour une quelconque raison. La proportion de ceux ayant demandé de l'aide variait toutefois selon l'âge : il s'élevait à 53 % parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, comparativement à 66 % des personnes de 15 à 64 ans.

Les aînés sont proportionnellement moins nombreux à avoir des besoins non comblés

Même si les aînés étaient plus susceptibles de recevoir des soins à domicile, ceux-ci étaient proportionnellement moins représentés parmi les personnes ayant des besoins non comblés. Chez les personnes dont les besoins n'étaient pas comblés, 24 % étaient âgées de 65 ans et plus (soit un peu moins de 110 000 personnes). En comparaison, les aînés représentaient 40 % de ceux qui recevaient de l'aide ou des soins à domicile.

Cette représentation moindre était encore plus prononcée chez les plus âgés d'entre eux : alors que les aînés de 85 ans et plus représentaient 3 % des personnes ayant des besoins non comblés, ils constituaient 12 % des bénéficiaires de soins à domicile

(tableau 1)[7]. Du point de vue des effectifs, environ 14 000 aînés de 85 ans et plus vivant à domicile avaient besoin d'aide ou de soins mais n'en recevaient pas, tandis que 256 000 étaient des bénéficiaires de soins à domicile.

En fait, ce sont les personnes de la génération du baby-boom qui étaient davantage représentées parmi celles qui avaient des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins à domicile. En 2012, les 45 à 64 ans représentaient 40 % des personnes qui avaient besoin d'aide ou de soins, mais qui n'en recevaient pas, alors qu'ils constituaient 31 % des bénéficiaires.

Des études antérieures ont aussi démontré que les aînés de 65 ans et plus étaient moins susceptibles de déclarer avoir des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins[8]. Différentes raisons peuvent expliquer cette réalité. Tout d'abord, les aînés sont proportionnellement plus nombreux à avoir un médecin régulier[9], ce qui pourrait expliquer leur propension plus grande à déclarer qu'ils avaient reçu l'aide et les soins dont ils avaient besoin. Ensuite, comme plusieurs services de soins à domicile sont d'abord destinés aux aînés, il est possible que les besoins de certaines personnes moins âgées, notamment les 45 à 64 ans, reçoivent une attention moindre. Enfin, il se peut qu'un certain nombre d'aînés qui seraient potentiellement les plus à risque d'avoir des besoins non comblés (p. ex., ceux de 85 ans et plus) vivent en institution (ceux-ci ne faisant pas partie de l'enquête).

L'Enquête sociale générale recueille, tant pour les personnes qui recevaient des soins à domicile que pour les autres, des renseignements sur divers types d'incapacités. Quatre types d'incapacités physiques sont examinés dans le cadre de cette étude : l'incapacité liée à la communication (vision, ouïe, élocution), les problèmes de mobilité (capacité de se déplacer), la présence de douleurs ou de malaises et les problèmes de dextérité[10].

De façon peu étonnante, les personnes ayant des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins (59 %) étaient plus susceptibles d'avoir au moins une incapacité que celles qui ne recevaient pas de soins et qui n'en avaient pas besoin (20 %). Par contre, les personnes ayant des besoins non comblés affichaient une proportion plus faible d'incapacité physique que les bénéficiaires d'aide ou de soins à domicile (70 %). Rappelons cependant que ces bénéficiaires de soins sont plus âgés que les personnes avec des besoins non-comblés.

Cet écart se reflétait dans les types d'incapacités physiques plus spécifiques. Par exemple, 17 % des personnes ayant des besoins non comblés avaient des problèmes de mobilité, tandis que c'était le cas de 37 % des bénéficiaires de soins à domicile.

De plus, parmi les personnes ayant des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins, 7 % avaient une incapacité liée à la communication (vision, ouïe, élocution), comparativement à 17 % des bénéficiaires de soins à domicile. Les personnes ayant des besoins non comblés étaient aussi proportionnellement moins nombreuses à avoir des troubles de dextérité (2 % contre 5 % des bénéficiaires de soins).

Cependant, il n'y avait pas d'écart significatif en ce qui a trait à la présence de douleurs et de malaises : 52 % des personnes ayant des besoins non comblés et 53 % des bénéficiaires de soins en éprouvaient. Le niveau de sévérité n'était pas non plus différent : la proportion de personnes qui avaient des douleurs et malaises limitant la plupart de leurs activités était la même chez celles ayant des besoins non comblés et chez les bénéficiaires de soins (un peu moins de 20 %).

Enfin, les personnes qui avaient des besoins non comblés étaient proportionnellement aussi nombreuses que les bénéficiaires de soins à domicile à percevoir leur état de santé comme étant passable ou mauvais (différence non statistiquement significative)[11].

Les personnes touchant un revenu moins élevé étaient plus à risque d'avoir des besoins non comblés

Il est reconnu que les personnes provenant des rangs socioéconomiques les moins élevés sont en moins bonne santé physique et mentale, sont plus susceptibles d'être malades et ont une espérance de vie moins élevée[12]. À titre d'exemple, l'espérance de vie des hommes de 25 ans appartenant au quintile de revenu le plus bas est de 7 ans inférieure à celle des hommes du même âge faisant partie du quintile supérieur[13].

À la lumière des données de l'ESG et conformément aux résultats d'autres études[14], certaines caractéristiques étaient associées au risque d'avoir des besoins non comblés en matière d'aide. En effet, 18 % des personnes ayant des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins avaient un revenu du ménage inférieur à 20 000 $, par rapport à 12 % des bénéficiaires de soins et à 4 % des personnes ne recevant pas d'aide ou de soins et qui n'en avaient pas besoin.

De façon similaire, le statut d'immigrant était lié au risque de besoins non comblés : 30 % des personnes ayant des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins étaient des immigrants, tandis que c'était le cas de 20 % des bénéficiaires de soins. Il est possible que cet écart soit en partie attribuable au fait que les réseaux sociaux des immigrants soient moins étendus et moins variés que ceux des Canadiens de naissance[15]. Ces réseaux jouent un rôle important puisque les proches aidants fournissent la majorité des heures d'aide aux bénéficiaires de soins[16].

Un autre groupe plus à risque d'avoir des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins était celui des proches aidants. En effet, 38 % des personnes ayant des besoins non comblés fournissaient elles-mêmes de l'aide ou des soins, par rapport à 29 % des bénéficiaires de soins et à 28 % des personnes ne recevant pas d'aide et qui n'en avaient pas besoin.

De plus, bon nombre de proches aidants ayant des besoins non comblés (35 % d'entre eux) fournissaient 10 heures de soins et plus par semaine. Ces proches aidants pourraient être particulièrement vulnérables, non seulement parce qu'ils n'obtiennent pas toute l'aide nécessaire, mais aussi en raison du fait que plusieurs d'entre eux subissent diverses conséquences négatives associées à leurs responsabilités d'aidant[17].

Enfin, les personnes qui avaient des besoins non comblés étaient moins susceptibles de résider dans des régions situées à l'extérieur des régions métropolitaines et agglomérations de recensement (14 %) que celles qui bénéficiaient de soins à domicile (21 %).

Environ 15 % des bénéficiaires de soins considéraient que leurs besoins étaient partiellement comblés

Parmi les 2,2 millions de Canadiens ayant reçu des soins en 2012 en raison d'un problème de santé de longue durée, d'une incapacité ou de problèmes liés au vieillissement, certains n'ont pas obtenu toute l'aide et tous les soins nécessaires. On parle dans ce cas de besoins partiellement comblés. Cette partie de l'analyse s'intéresse aux caractéristiques des bénéficiaires de soins à domicile qui ne recevaient pas toute l'aide nécessaire. Il est important d'identifier les facteurs de risque associés à des besoins partiellement comblés, car les personnes dans cette situation sont plus à risque de connaître une détérioration de leur état de santé et d'avoir recours à des mesures d'institutionnalisation[18].

Dans une étude antérieure de Statistique Canada, on a demandé aux aînés s'ils avaient certains besoins insatisfaits en matière de soins professionnels à domicile pour différentes activités[19]. Dans le cadre de l'ESG, la question posée était plus inclusive, car on demandait plutôt aux bénéficiaires de soins s'ils avaient, de manière générale, reçu toute l'aide nécessaire au cours des 12 derniers mois — incluant celle de professionnels mais aussi des amis et des membres de la famille.

Parmi les personnes ayant reçu de l'aide ou des soins à domicile en 2012, 85 % considéraient qu'elles avaient reçu toute l'aide nécessaire au cours de l'année. La proportion restante de 15 %, ou environ 331 000 bénéficiaires de soins de 15 ans et plus, vivait une situation où ses besoins en matière d'aide ou de soins étaient partiellement comblés (tableau 2).

Les aînés, qui étaient proportionnellement moins à risque d'avoir des besoins non comblés, étaient aussi moins à risque, lorsqu'ils recevaient de l'aide, de percevoir leurs besoins comme étant partiellement comblés. En effet, 6 % des bénéficiaires de soins de 85 ans et plus et 12 % de ceux de 75 à 84 ans ont dit qu'ils n'avaient pas obtenu toute l'aide nécessaire au cours de l'année. En comparaison, cette proportion était de 22 % chez les 55 à 64 ans. En plus des raisons déjà mentionnées (p. ex., plus d'offres de services pour les aînés, certains aînés plus âgés et en moins bonne santé vivent en institution), des valeurs et des attitudes différentes entre les générations pourraient également être à l'origine de ces écarts[20].

Les bénéficiaires de soins avec un problème de santé physique sont plus à risque d'avoir des besoins partiellement comblés

Les personnes dont les besoins étaient non comblés étaient proportionnellement moins nombreuses à avoir une incapacité physique que les bénéficiaires de soins. Cependant, parmi les bénéficiaires de soins qui avaient des besoins partiellement comblés, plusieurs souffraient d'une incapacité (communication, mobilité, douleurs et malaises, problème de dextérité).

Parmi les bénéficiaires qui avaient au moins une incapacité physique en 2012, 18 % n'avaient pas obtenu toute l'aide ou tous les soins nécessaires, par rapport à 10 % des bénéficiaires de soins n'ayant pas une incapacité. Les bénéficiaires de soins de 15 à 64 ans ayant une incapacité étaient encore plus à risque d'avoir des besoins partiellement comblés : cela était le cas d'environ 1 sur 4 d'entre eux (24 %).

Tableau 2
Nombre et pourcentage de bénéficiaires de soins à domicile qui n'avaient pas reçu toute l'aide ou tous les soins à domicile nécessaires (besoins partiellement comblés), 2012

	Bénéficiaires qui n'avaient pas obtenu toute l'aide ou tous les soins à domicile nécessaires (besoins partiellement comblés)[1]	
	en milliers	prévalence (%)
Total	330,9	15
Hommes	129,5	14
Femmes	201,4	17
Groupe d'âge		
15 à 24 ans	31,6	14[E]
25 à 34 ans	29,5	13[E]*
35 à 44 ans	36,1	18[E]
45 à 54 ans	66,8	21
55 à 64 ans (réf.)	77,7	22
65 à 74 ans	35,8	13*
75 à 84 ans	38,4	12*
85 ans et plus	15,0	6[E]*
Personne vivant seule		
Non	259,2	15
Oui	71,7	16
État de santé perçu		
Très bon/excellent (réf.)	34,1	7
Bon	84,7	12*
Passable ou mauvais	209,0	22*
Présence d'au moins un type d'incapacité physique		
Non (réf.)	59,3	10
Oui	266,2	18*
Type d'incapacité[2]		
Lié à la communication (vision, ouïe, élocution)		
Non (réf.)	265,8	16
Oui	43,5	13
Problème de mobilité		
Non (réf.)	190,3	14
Oui	137,2	18
Douleurs et malaises		
Non (réf.)	86,1	9
Oui	239,0	22*
Problème de dextérité		
Non (réf.)	310,0	15
Oui	18,8	17[E]
Principal problème de santé pour lequel la personne a reçu de l'aide ou des soins		
Arthrite ou ostéoporose	26,6	15[E]*
Maladie cardiovasculaire	22,6	12[E]*
Maux de dos (réf.)	37,7	30
Cancer	17,4	11[E]*
Problème de santé mentale, troubles ou déficiences développementaux	56,3	14[E]*
Autres maladies neurologiques	21,1	18[E]
Blessure résultant d'un accident	39,0	18*
Vieillesse	13,7	7[E]*
Revenu du ménage		
Moins de 20 000 $	56,1	22*
20 000 $ à 59 999 $	114,2	17
60 000 $ et plus (réf.)	95,6	13
Statut d'immigrant		
Citoyen canadien de naissance (réf.)	258,0	15
Immigrant, réfugié, résident non permanent	66,5	16
Est un proche aidant		
Non (réf.)	206,0	14
Oui	124,9	20*
Réside dans une région métropolitaine de recensement ou une agglomération de recensement (RMR/AR)		
Oui	273,8	16
Non	57,0	13

* différence significative par rapport à la catégorie de référence (réf.) à $p < 0,05$

[E] à utiliser avec prudence

1. Les bénéficiaires de soins qui n'ont pas fourni de réponse à la question sur les besoins entièrement ou partiellement comblés sont exclus de ce tableau. Ces derniers représentaient environ 16 500 bénéficiaires.
2. Les bénéficiaires de soins à domicile peuvent avoir plusieurs types d'incapacités.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2012.

Cette prévalence plus élevée de besoins partiellement comblés chez les bénéficiaires de soins ayant une incapacité pourrait s'expliquer par le fait que ceux-ci aient besoin de plus d'aide que ne peuvent leur en fournir leurs proches aidants ou les professionnels[21]. Reflétant l'existence de besoins plus importants, les bénéficiaires de soins ayant une incapacité recevaient en moyenne 25 heures de soins par semaine, par rapport à environ 13 heures pour les bénéficiaires n'ayant pas une incapacité.

Parmi les divers types d'incapacités, c'est la présence de douleurs et de malaises qui était le plus fortement associé aux risques de besoins partiellement comblés (22 %, par rapport à 13 % de ceux ayant une incapacité liée à la communication). Cette proportion de bénéficiaires ayant des besoins partiellement comblés augmentait à 28 % chez ceux dont la douleur limitait la plupart de leurs activités, soit environ 115 000 personnes.

Le principal problème de santé pour lequel une personne reçoit des soins à domicile était lui aussi associé à la probabilité de ne pas avoir obtenu tous les soins nécessaires. En particulier, ce sont les bénéficiaires de soins dont le principal problème de santé était les maux de dos qui étaient les plus susceptibles d'indiquer que leurs besoins étaient partiellement comblés : 30 % d'entre eux n'avaient pas reçu toute l'aide ou tous les soins nécessaires. En comparaison, 12 % des bénéficiaires qui recevaient des soins à cause d'une maladie cardiovasculaire ont déclaré qu'ils n'avaient pas obtenu toute l'aide ou tous les soins nécessaires. Du point de vue des effectifs cependant, ce sont les bénéficiaires souffrant d'un problème de santé mentale qui étaient les plus nombreux à avoir des besoins partiellement comblés (un peu plus de 56 000 d'entre eux).

Tel qu'illustré précédemment, le fait d'avoir un revenu moins élevé et d'être un proche aidant étaient des facteurs associés au risque d'avoir des besoins non comblés. Or, ces facteurs étaient aussi liés, chez les bénéficiaires de soins, à la probabilité d'avoir des besoins partiellement comblés.

En effet, parmi les bénéficiaires de soins, 22 % de ceux dont le revenu du ménage était inférieur à 20 000 $ n'avaient pas obtenu toute l'aide nécessaire, par rapport à 13 % de ceux dont le revenu du ménage était de 60 000 $ et plus. Les bénéficiaires de soins touchant un revenu moins élevé sont plus susceptibles d'avoir une incapacité ainsi qu'un état de santé passable ou mauvais; ils peuvent aussi avoir des réseaux sociaux moins développés et un moins grand nombre de ressources pour payer des services d'aide.

D'autre part, 20 % des proches aidants qui fournissaient eux-mêmes de l'aide ou des soins voyaient leurs propres besoins partiellement comblés, par rapport à 14 % de ceux qui ne l'étaient pas.

Certaines caractéristiques de l'aide obtenue sont associées à un risque accru d'avoir des besoins partiellement comblés

En 2012, 45 % des bénéficiaires de soins recevaient à la fois de l'aide de leurs proches et de professionnels, 43 %, de leurs proches uniquement et 12 %, de professionnels seulement. Le fait que l'aide provienne de la famille, des amis ou des professionnels n'était cependant pas associé au risque de considérer ses besoins comme étant partiellement comblés (tableau 3).

Par contre, le type de lien entre le bénéficiaire de soins et son aidant principal pouvait faire une différence. Parmi les bénéficiaires de 15 à 64 ans, 28 % de ceux qui recevaient principalement de l'aide de la part d'amis ou de voisins et 25 % de ceux qui étaient aidés par leurs enfants avaient des besoins partiellement comblés. En comparaison, 13 % de ceux qui recevaient des soins de la part de leurs parents se trouvaient dans cette situation.

Chez les aînés de 65 ans et plus, on constatait une plus forte prévalence de besoins partiellement comblés chez les bénéficiaires de soins qui étaient aidés principalement par des amis ou des voisins (17 %). À titre de comparaison, des proportions plus faibles d'aînés dont le proche aidant était le fils (12 %) ou la fille (8 %) considéraient ne pas avoir reçu toute l'aide nécessaire. Notons par ailleurs que les aînés qui n'avaient pas d'enfants, et donc moins d'aidants familiaux potentiels, étaient plus susceptibles d'avoir des besoins partiellement comblés (16 %, par rapport à 8 % des aînés qui avaient 4 enfants et plus).

Une autre caractéristique pouvant être associée à un risque accru d'avoir des besoins partiellement comblés est celle du nombre d'heures de soins reçus. Cependant, parmi les bénéficiaires de soins en 2012, il n'y avait pas de lien significatif entre le nombre total d'heures de soins reçus et la probabilité d'avoir des besoins partiellement comblés (autour de 15 % ou 16 %). Il en allait de même en ce qui a trait aux soins obtenus de la part de proches aidants : la prévalence de besoins partiellement comblés était la même parmi les bénéficiaires ayant obtenu

1 ou 2 heures de soins par semaine de leurs proches aidants par rapport à ceux qui en avaient reçu 20 heures et plus (16 %).

Néanmoins, parmi les bénéficiaires qui recevaient des soins de la part de professionnels, le nombre d'heures d'aide reçues par semaine était lié à de plus faibles proportions de bénéficiaires avec des besoins partiellement comblés. Plus précisément, parmi les personnes qui recevaient entre 2 et 9 heures de soins professionnels par semaine, environ 17 % n'avaient pas obtenu toute l'aide nécessaire. En comparaison, cette proportion était de 10 % chez ceux qui recevaient 10 heures de soins professionnels et plus par semaine.

Le lien entre le nombre d'heures de soins professionnels et les besoins non-comblés était encore plus marqué chez les personnes ayant une incapacité : environ 20 % des bénéficiaires de soins ayant reçu 9 heures ou moins d'aide professionnelle à domicile avaient des besoins partiellement comblés, par rapport à 9 % de ceux qui recevaient 10 heures et plus de soins professionnels par semaine.

Les facteurs associés aux chances d'avoir reçu ou non toute l'aide et tous les soins nécessaires sont souvent liés les uns aux autres — par exemple, un revenu moins élevé peut être associé à la fois à la présence d'une incapacité, à un moins bon état de santé et à des réseaux de soutien moins développés. Cependant, lorsque tous ces facteurs étaient pris en compte simultanément dans un modèle statistique, les conclusions principales demeuraient essentiellement les mêmes, à savoir que les bénéficiaires de soins ayant un revenu moins élevé et un moins bon état de santé étaient plus susceptibles de ne pas avoir reçu toute l'aide ou tous les soins nécessaires. En revanche, la probabilité de ne pas avoir reçu tous les soins nécessaires était moindre chez les bénéficiaires qui recevaient, en moyenne, 10 heures et plus de soins professionnels à domicile par semaine. Le nombre d'heures total de soins n'était pas associé au risque d'avoir des besoins partiellement comblés[22].

Tableau 3
Nombre et pourcentage de bénéficiaires de soins à domicile qui n'avaient pas reçu toute l'aide et tous les soins nécessaires (besoins partiellement comblés), selon les caractéristiques de l'aide reçue, 2012

	Bénéficiaires qui n'avaient pas obtenu toute l'aide ou tous les soins à domicile nécessaires (besoins partiellement comblés)[1]	
	en milliers	prévalence (%)
Source d'aide		
Proches aidants et professionnels	143,6	15
Proches aidants uniquement	149,9	16
Professionnels uniquement	37,4	15
Lien avec le proche aidant (bénéficiaires de 15 à 64 ans)		
Conjoint	101,6	22*
Enfants	21,6	25E*
Parents (réf.)	45,4	13E
Parenté autre	13,8	15E
Amis ou voisins	28,6	28*
Lien avec le proche aidant (bénéficiaires de 65 ans et plus)		
Conjoint	28,4	11E
Fils	14,6	12E
Fille (réf.)	19,8	8E
Parenté autre	3,6	F
Amis ou voisins	8,1	17E*
Nombre d'heures de soins reçus par semaine de la part de professionnels (tous)		
Aucune	172,5	16*
1 heure	54,2	16*
2 à 9 heures	78,6	17*
10 heures et plus (réf.)	14,8	10E
Nombre d'heures de soins reçus par semaine de la part de professionnels (personnes ayant une incapacité)		
Aucune	140,0	20*
1 heure	37,4	19*
2 à 9 heures	67,2	19*
10 heures et plus (réf.)	11,5	9E

* différence significative par rapport à la catégorie de référence (réf.) à $p < 0,05$

E à utiliser avec prudence

1. Les bénéficiaires de soins qui n'ont pas fourni de réponse à la question sur les besoins entièrement ou partiellement comblés sont exclus de ce tableau. Ces derniers représentaient environ 16 500 bénéficiaires.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2012.

Plusieurs conséquences négatives pour les personnes ayant des besoins non comblés ou partiellement comblés

La difficulté de certaines personnes d'obtenir de l'aide ou des soins peut s'expliquer par différents facteurs : ressources sociales et familiales insuffisantes, ressources financières indisponibles pour défrayer les coûts de certains services, aide publique

Tableau 4
Indicateurs de bien-être et santé mentale selon que les besoins de soins à domicile étaient comblés ou non, 2012

	Sentiment de solitude	Stress élevé	Problèmes de sommeil
	pourcentage		
Situation par rapport à l'aide ou aux soins à domicile			
Besoins comblés (réf.)	31	27	44
Besoins non comblés	48*	35*	58*
Besoins partiellement comblés	62*	50*	67*
	probabilités prédites[1]		
Situation par rapport à l'aide ou aux soins à domicile			
Besoins comblés (réf.)	0.29	0.26	0.45
Besoins non comblés	0.47*	0.32*	0.58*
Besoins partiellement comblés	0.52*	0.44*	0.61*

* différence significative par rapport à la catégorie de référence (réf.) à $p < 0,05$
1. Probabilités prédites calculées à partir d'un modèle de régression logistique incluant, comme variables explicatives: l'âge, le sexe, le niveau de santé fonctionnelle, le revenu du ménage, le statut d'immigrant, le fait d'être ou non un aidant familial, le fait de vivre seul. Les probabilités prédites sont estimées en maintenant les covariables à leur valeur moyenne pour la sous-population considérée.
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2012.

inexistante. Peu importe les causes, se trouver dans une telle situation peut être associé à différentes conséquences, comme du stress, la solitude ou des problèmes de sommeil.

Des études ont démontré que le fait de ressentir de la solitude pouvait être lié à un déclin de la capacité fonctionnelle et même à la mortalité[23]. Or, le sentiment de solitude, que peuvent ressentir certaines personnes âgées ou qui peut survenir suite à la perte de santé ou de la capacité fonctionnelle, variait selon que les besoins étaient comblés, non comblés ou partiellement comblés. Spécifiquement, un sentiment de solitude a été exprimé par 31 % des bénéficiaires de soins dont les besoins étaient comblés, 48 % des personnes qui avaient des besoins non comblés et 62 % des bénéficiaires ayant des besoins partiellement comblés (tableau 4).

De plus, les deux tiers des bénéficiaires (67 %) dont les besoins étaient partiellement comblés ont indiqué éprouver des problèmes de sommeil, comparativement à 44 % des bénéficiaires dont les besoins étaient comblés. Les personnes ayant des besoins non comblés ou partiellement comblés étaient aussi plus susceptibles de décrire la plupart de leurs journées comme étant stressantes.

Même en tenant compte d'autres facteurs pouvant influer sur ces perceptions négatives (tels qu'une situation socioéconomique moins favorable ou un moins bon état de santé) dans une analyse multivariée, le fait d'avoir des besoins non comblés ou partiellement comblés demeurait associé à une perception plus négative. Par exemple, la probabilité prédite d'éprouver des problèmes de sommeil, une fois les autres facteurs pris en considération, était de 0,61 chez les bénéficiaires dont les besoins étaient partiellement comblés et de 0,58 chez ceux dont les besoins étaient non comblés (une probabilité de 1 signifie que l'on a 100 % des chances d'avoir des besoins partiellement comblés, alors qu'une probabilité de 0 signifie 0 %). En comparaison, cette probabilité était plus faible, soit de 0,45 chez ceux ayant obtenu toute l'aide et tous les soins nécessaires, les autres facteurs étant maintenus constants (besoins comblés).

Conclusion

Dans le contexte d'une population vieillissante, répondre aux besoins de ceux qui sont en perte d'autonomie ou limités dans leurs activités quotidiennes — surtout dans les cas où l'autonomie de la personne est plus restreinte et que ses besoins sont importants —constitue un défi. En 2012, 2,2 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus ont reçu des soins de la part de proches aidants ou de professionnels en raison d'un problème de santé de longue durée.

Même si la plupart des personnes ayant des besoins en matière de soins à domicile ont effectivement reçu de l'aide, un certain nombre de Canadiens, ou 461 000 personnes âgées de 15 ans et plus, n'ont pas reçu d'aide même s'ils en auraient eu besoin au cours des 12 derniers mois. Ces personnes aux besoins « non comblés » étaient davantage représentées au sein de certains groupes socioéconomiques, notamment parmi les gens à plus faible revenu, les personnes de 55 à 64 ans et celles qui étaient elles-mêmes des proches aidants. Les immigrants, qui forment une part croissante de la population âgée, étaient aussi plus susceptibles d'avoir des besoins non comblés. Compte tenu de la diversité croissante des futures cohortes d'immigrants, il sera intéressant de voir si ces tendances se poursuivront à l'avenir.

Parmi les personnes qui recevaient des soins, certaines n'obtenaient pas toute l'aide dont elles avaient besoin. On parle alors de

personnes dont les besoins sont « partiellement comblés ». En 2012, leur nombre s'élevait à 331 000, soit un peu plus de 15 % de celles qui bénéficiaient de soins. Comme pour les besoins non comblés, la probabilité de se trouver dans une telle situation variait en fonction du statut socioéconomique et du type de soins reçus. Par exemple, les bénéficiaires ayant reçu 10 heures de soins professionnels et plus par semaine étaient moins susceptibles de considérer leurs besoins comme étant partiellement comblés[24].

Enfin, cette étude a démontré que les personnes ayant des besoins non comblés et des besoins partiellement comblés en matière d'aide ou de soins étaient plus susceptibles de déclarer des états émotionnels négatifs. En effet, même en tenant compte des différences socioéconomiques, les personnes dont les besoins ne sont pas comblés ou qui le sont partiellement déclarent éprouver un plus grand sentiment de solitude, ressentir un stress plus élevé et avoir des problèmes de sommeil.

Martin Turcotte *est analyste principal à la Division de la statistique du travail de Statistique Canada.*

Sources de données, méthodes et définitions

Sources de données

Le présent article s'appuie sur les données de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2012 portant sur les soins donnés et reçus. L'analyse couvre la population âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé (23 093 répondants représentant 28,7 millions de Canadiens). Une attention particulière est portée aux 3 144 répondants, représentant 2,16 millions de Canadiens, qui étaient des bénéficiaires de soins ou d'aide. Ces personnes sont celles qui avaient reçu, au cours des 12 derniers mois, de l'aide ou des soins en raison d'un problème de santé de longue durée, d'une incapacité physique ou mentale ou de problèmes liés au vieillissement.

Il est à noter que les aînés vivant dans des logements collectifs ou des institutions, dont certains pourraient avoir des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins, ne font pas partie de la population visée par l'ESG.

Les interviews ont été effectuées par téléphone. Les répondants ont été sélectionnés au moyen d'une méthode d'échantillonnage par composition aléatoire.

Définitions

Personnes ayant des besoins comblés en matière d'aide ou de soins

Les personnes qui avaient des besoins comblés en matière d'aide ou de soins sont celles qui :

1. Ont répondu « Oui » à l'une ou l'autre des deux questions suivantes : « Avez-vous reçu de l'aide ou des soins en raison d'un problème de santé de longue durée ou d'une incapacité physique ou mentale? »; « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide en raison de problèmes liés au vieillissement? »
2. Ont répondu « Oui » à la question : « En général, au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu l'aide et les soins dont vous aviez besoin? Veuillez inclure l'aide professionnelle ainsi que l'aide de votre famille et vos amis. »

Besoins partiellement comblés en matière d'aide ou de soins

Les personnes dont les besoins en matière d'aide ou de soins étaient partiellement comblés sont celles qui :

1. Ont répondu « Oui » à l'une ou l'autre des deux questions suivantes : « Avez-vous reçu de l'aide ou des soins en raison d'un problème de santé de longue durée ou d'une incapacité physique ou mentale? »; « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide en raison de problèmes liés au vieillissement? »
2. Ont répondu « Non » à la question : « En général, au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu l'aide et les soins dont vous aviez besoin? Veuillez inclure l'aide professionnelle ainsi que l'aide de votre famille et vos amis. »

Besoins non comblés en matière d'aide ou de soins

Les 461 000 personnes qui avaient des besoins non comblés en matière d'aide ou de soins sont celles qui :

1. Ont répondu « Non » aux deux questions suivantes : « Avez-vous reçu de l'aide ou des soins en raison d'un problème de santé de longue durée ou d'une incapacité physique ou mentale? »; « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide en raison de problèmes liés au vieillissement? »
2. Ont répondu « Oui » à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin d'aide pour un problème de santé de longue durée, une incapacité physique ou mentale ou des problèmes liés au vieillissement? »

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus :

Personnes qui ne reçoivent pas d'aide et qui n'en ont pas besoin : 26 millions personnes (90,9 % des 15 ans et plus).

Personnes qui reçoivent de l'aide ou des soins et dont les besoins en matière d'aide sont comblés : 1,8 million (6,3 % des 15 ans et plus).

Personnes qui ne reçoivent pas d'aide ou de soins, mais pour qui cela serait nécessaire (besoins non comblés) : 461 000 personnes (1,6 % des 15 ans et plus).

Personnes qui reçoivent de l'aide ou des soins, mais dont les besoins en matière d'aide sont partiellement comblés : 331 000 personnes (1,2 % des 15 ans et plus).

Solitude

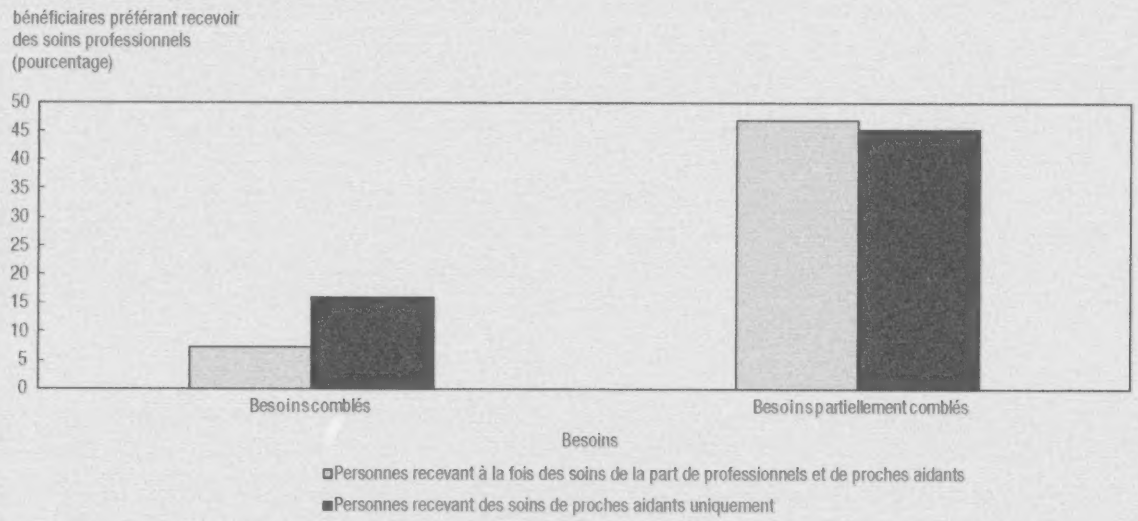
Dans le cadre de l'ESG, les questions posées pour évaluer la solitude incluaient : « Je ressens une sensation générale de vide »; « Il y a beaucoup de gens sur qui je peux compter en cas de problèmes »; « Il y a beaucoup de gens en qui j'ai parfaitement confiance »; « Il y a suffisamment de gens dont je me sens proche »; « La présence des autres me manque » et « Je me sens souvent rejeté(e) ». Les réponses possibles à ces questions étaient « oui », « plus ou moins » ou « non ». Une échelle de solitude allant de 0 à 6 a été créée, en fonction des réponses fournies aux 6 questions. Les répondants qui ont obtenu 2 ou plus sur cette échelle étaient considérés comme éprouvant de la solitude.

Préférence pour des soins professionnels chez les bénéficiaires dont les besoins sont partiellement comblés

Bien que la forte majorité des bénéficiaires de soins aient reçu l'aide dont ils avaient besoin, certains d'entre eux pouvaient éprouver de l'insatisfaction à divers égards. Par exemple, quelques-uns pouvaient souhaiter recevoir des soins de la part de professionnels plutôt que de proches, ou vice versa.

Parmi les bénéficiaires qui recevaient des soins à la fois de proches aidants et de professionnels, une minorité (13 %) d'entre eux souhaitaient obtenir plus de soins de la part de professionnels (84 % étaient satisfaits de l'équilibre et 3 % souhaitaient obtenir plus de soins de la part de leurs proches aidants).

Graphique A.1
Pourcentage de bénéficiaires qui auraient préféré recevoir des soins de la part de professionnels, selon que leurs besoins étaient comblés ou partiellement comblés, 2012



Source: Statistique Canada, Enquête sociale générale, 2012.

Toutefois, la proportion de bénéficiaires souhaitant recevoir plus de soins de la part de professionnels grimpait à 47 % chez ceux qui considéraient leurs besoins comme partiellement comblés (graphique A.1). Parmi les autres, 45 % étaient satisfaits de l'équilibre et 8 % auraient souhaité plus de soins de la part de leurs proches aidants.(Des résultats semblables ont été obtenus parmi les bénéficiaires qui recevaient de l'aide de la part de proches aidants seulement).

Ces résultats rejoignent d'ailleurs ce que ces personnes ayant des besoins partiellement comblés ont répondu lorsqu'on leur a demandé, sans leur offrir de choix de réponse, pourquoi ils n'avaient pas obtenu toute l'aide nécessaire; en effet, 26 % ont répondu que l'aide professionnelle n'était pas disponible, 15 % qu'ils n'avaient pas les ressources financières nécessaires et 9 % que c'était pour des raisons liées au système de santé (listes d'attentes, éligibilité).

Notons finalement que parmi les bénéficiaires de soins qui avaient obtenu des soins de la part de professionnels uniquement, 15 % auraient préféré recevoir l'aide de membres de la famille; cette proportion ne variait cependant pas selon que leurs besoins aient été partiellement comblés ou non.

Notes

1. Voir Conseil canadien de la santé (2012).
2. Voir Hollander et Chappell (2007).
3. Voir Institut canadien d'information sur la santé (2010); Sands et coll. (2006); Gaugler et coll. (2005).
4. Voir Sarma, Hawley et Basu (2008); Sarma et Simpson (2007).
5. Pour obtenir le profil plus détaillé des personnes qui reçoivent de l'aide ou des soins en raison d'un problème de santé chronique, voir Sinha et Bleakney (2014).
6. Voir Conseil canadien de la santé (2012), p. 20.
7. Une étude basée sur les données de l'ESG de 2002 portant sur le vieillissement et le soutien social a aussi démontré que les besoins non comblés diminuaient chez les aînés les plus âgés. Voir Busque et Légaré (2012).
8. Voir Kasman et Badley (2004).
9. Voir Statistique Canada (2012).
10. Il convient toutefois de préciser que dans l'ESG, les personnes avec incapacités ne sont pas nécessairement limitées dans leurs activités quotidiennes à cause de leur condition.
11. Cette apparente contradiction peut s'expliquer par la nature différente des concepts d'incapacité et d'état de santé perçu. En effet, l'état de santé perçu « peut refléter certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures, comme le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, les ressources physiologiques et psychologiques ainsi que le fonctionnement social et mental. L'état de santé perçu se rapporte à la santé générale d'une personne — non seulement à l'absence de maladie ou de blessure mais aussi au bien-être physique, mental et social. » Voir Statistique Canada (2013).
12. Voir par exemple Organisation mondiale de la Santé (2008).
13. Voir Tjepkema et Wilkins (2011).
14. Voir Desai et coll. (2001).
15. Voir Thomas (2011).
16. Voir Lafrenière et coll. (2003).
17. Voir Turcotte (2013).
18. Voir Komisar et coll. (2005).
19. Voir Hoover et Rotermann (2012).
20. En effet, certaines études ont souligné que les baby boomers avaient des attentes différentes de celles de leurs parents pour ce qui est des soins qu'ils souhaitent obtenir en cas d'incapacité — notamment des exigences plus élevées par rapport aux services publics, un moins grand recours à leurs enfants pour les soins personnels. Voir Blein et coll. (2009).
21. Voir Desai et coll. (2001).
22. Le modèle de régression logistique incluait comme variables le sexe, le groupe d'âge détaillé, la présence d'une incapacité physique, le revenu, le fait d'être ou non un proche aidant, le nombre d'heures de soins professionnels reçu, le nombre d'heures d'aide et de soins reçu de proches aidants et l'état de santé perçu.
23. Voir Cacioppo et coll. (2002); Perissinotto et coll. (2012); Luo et coll. (2012).
24. Dans cette étude, la « satisfaction » réfère à la satisfaction des bénéficiaires de soins relativement à la quantité d'aide qu'ils ont reçu. Les bénéficiaires de soins ne sont cependant pas nécessairement satisfaits de la source de cette aide. Voir l'encadré *Préférence pour des soins professionnels chez les bénéficiaires dont les besoins sont partiellement comblés.*

Documents consultés

BLEIN, Laure, Jean-Pierre LAVOIE, Nancy GUBERMAN et Ignace OLAZABAL. 2009. « Vieilliront-ils un jour? Les baby-boomers aidants face à leur vieillissement », *Lien social et politiques*, n° 62, automne, p. 123 à 134.

BUSQUE, Marc-Antoine et Jacques LÉGARÉ. 2012. « Les besoins non comblés de services à domicile chez les aînés canadiens », *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 31, n° 3, septembre, p. 271 à 283.

CACIOPPO, John T., Louise C. HAWKLEY, Elizabeth L. CRAWFORD, John M. ERNST, Mary H. BURLESON, Ray B. KOWALEWSKI, William B. MALARKEY, Eve Van CAUTER et Gary G. BERNTSON. 2002. « Loneliness and health: Potential mechanisms », *Psychosomatic Medicine*, vol. 64, n° 3, p. 407 à 417.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTE. 2012. *Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* Toronto, Conseil canadien de la santé.

DESAI, Mayur M., Harold R. LENTZNER et Julie DAWSON WEEKS. 2001. « Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults », *The Gerontologist*, vol. 41, n° 1, p. 82 à 88.

GAUGLER, Joseph E., Robert L. KANE, Rosalie A. KANE et Robert NEWCOMER. 2005. « Unmet care needs and key outcomes in dementia », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n° 12, p. 2098 à 2105.

HOLLANDER, Marcus J. et Neena L. CHAPPELL. 2007. « A comparative analysis of costs to government for home care and long-term residential care services, standardized for client care needs », *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 26, supplément 1, p. 149 à 161.

HOOVER, Melanie et Michelle ROTERMANN. 2012. « Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009 », ***Rapports sur la santé, vol. 23***, n° 4, décembre, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2010. *Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile*, Analyse en bref, août.

KASMAN, Naomi A. et Elizabeth BRADLEY. 2004. « Beyond access: who reports that health care is not being received when needed in a publicly-funded health care system? » *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 4, p. 304 à 308.

KOMISAR, Harriet L., Judith FEDER et Judith D. KASPER. 2005. « Unmet long-term care needs: An analysis of medicare–medicaid dual eligible », *Inquiry*, vol. 42, n° 2, p. 171 à 182.

LAFRENIÈRE, Sylvie A., Yves CARRIÈRE, Laurent MARTEL et Alain BÉLANGER. 2003. « Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide », *Rapports sur la santé*, vol. 14, n° 4, p. 33 à 43, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

LUO, Ye, Louise C. HAWKLEY, Linda J. WAITE et John T. CACIOPPO. 2012. « Loneliness, health and mortality in old age: A national longitudinal study », *Social Science and Medicine*, vol. 74, n° 6, mars, p. 907 à 914.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2008. *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final, Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé.

PERISSINOTTO, Carla M., Irena STIJACIC CENZER et Kenneth E. COVINSKI. 2012. « Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death », *Archives of Internal Medicine*, vol. 172, no 14, p. 1078 à 1083.

SANDS, Laura P., Yun WANG, George P. MCCABE, Kristofer JENNINGS, Catherine ENG et Kenneth E. COVINSKY. 2006. « Rates of acute care admissions for frail older people living with met versus unmet activity of daily living needs », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54, n° 2, p. 339 à 344.

SARMA, Sisira, Gordon HAWLEY et Kisalaya BASU. 2008. « Transitions in living arrangements of Canadian seniors: Findings from the NPHS longitudinal data », *Social Science and Medicine*, vol. 68, n° 6, p. 1106 à 1113.

SINHA, Maire et Amanda BLEAKNEY. 2014. *Les bénéficiaires de soins à domicile*, Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale, n° 2, produit n° 89-652-X au catalogue de Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA. 2013. *Santé perçue, 2013*, Feuillets d'informations sur la santé, juin, produit n° 82-625-X au catalogue de Statistique Canada.

THOMAS, Derrick. 2011. « Réseaux personnels et adaptation économique des immigrants », ***Tendances sociales canadiennes***, novembre, produit n° 11-008-X au catalogue de Statistique Canada.

TJEPKEMA, Michael et Russell WILKINS. 2011. « Espérance de vie restante à l'âge de 25 ans et probabilité de survie jusqu'à l'âge de 75 ans, selon la situation socioéconomique et l'ascendance autochtone », ***Rapports sur la santé***, vol. 22, n° 4, mars, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

TURCOTTE, Martin. 2013. « Être aidant familial : quelles sont les conséquences? » ***Regards sur la société canadienne***, septembre, produit n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada.